

## SUIVI POST-CHUTE

À compléter à chaque quart de travail pour 48 heures

Nom, prénom, numéro d'appartement :

Date et heure de la chute :

Description des évènements :

Présence ou absence de tout symptôme avant la chute (étourdissements, douleur, vertiges, nausées) :

SUIVI POST-CHUTE / date et heure		2020-08-24 10h20					
<b>État mental</b>	Capacité d'attention	Attentif					
	État de conscience (1-alerte, 2-hyper alerte, 3-léthargique, 4-stuporeux, 5-comateux)	1					
<b>S.V.</b>	T.A.	145/90					
	Pouls (sur 1 minute)	92					
	Respiration (sur 1 minute)	24					
	T°C	36.2 A					
	Saturation	96 %					
<b>Douleur</b>	Localisation, intensité	∅					
<b>M.S. et M.I.</b>	Alignement des membres Présence ou absence de déformation des membres	✓					
<b>Mobilité</b>	Bouge les membres (réponse motrice)	✓					
	Lacération ou hématome	Bras droit					
<b>Impact crânien possible</b>	Signes neurologiques / réflexe pupillaire	Normal					
	Écoulement de sang ou liquide à l'oreille	∅					
	Douleur à la tête	∅					
	Nausées ou vomissement	∅					
<b>Initiales</b>	* si note d'évolution ajoutée	M.G *					

\* Documenter la présence de signes gériatriques atypiques : changement d'état de conscience, de comportement ou d'autonomie